

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes155.pdf>

La protection sociale complémentaire collective : des situations diverses selon les entreprises

Stéphanie Guillaume, Thierry Rochereau*, Irdes

Selon les premiers résultats de la nouvelle enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) de l'Irdes, en 2009, plus de deux établissements sur cinq (hors administration et secteur agricole) proposent une complémentaire santé à leurs salariés. L'offre de complémentaire santé pouvant différer selon les établissements d'une même entreprise, l'enquête PSCE est réalisée au niveau de l'établissement. Cependant, ce sont les caractéristiques des entreprises, plus que celles des établissements, qui expliquent l'offre. Ainsi, seules 32 % des très petites entreprises (TPE de moins de 10 salariés) proposent une complémentaire alors que 91 % des établissements des entreprises de 250 salariés et plus en proposent une. De même, plus la proportion de cadres employés au niveau de l'entreprise est forte plus la proportion d'établissements proposant une couverture santé est élevée, ainsi que le niveau de garanties des contrats proposés.

Par ailleurs, la loi Fillon de 2003 a incité les entreprises à adapter l'offre de complémentaire santé aux salariés afin de conserver des exonérations fiscales et sociales. En 2009, le tiers des contrats date de moins de deux ans. Dans plus de trois établissements sur quatre, le ou les contrats sont exclusivement obligatoires ; 15 % des établissements déclarent avoir transformé un contrat facultatif en un contrat obligatoire pour se conformer à la législation.

Les employeurs participent au financement du contrat à hauteur de 57 %. Dans 85 % des établissements dont les salariés participent à ce financement, celui-ci est forfaitaire.

La nouvelle vague de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) de l'Irdes, réalisée auprès de 1 740 établissements, permet ici de dresser un rapide panorama de la protection sociale complémentaire collective après l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 de la loi Fillon du 21 août 2003. Cette réforme concerne les conditions d'exonérations fiscales et sociales de la participation des employeurs au financement de ces couvertures complémentaires collectives (encadré 1). L'offre de complémentaire santé dépendant plus des caractéristiques de l'entreprise que de celles de ses établis-

sements, nous analysons d'abord les disparités d'offre de complémentaire santé selon les caractéristiques des entreprises, puis, nous étudions les effets de la loi Fillon sur le marché.

Plus la taille de l'entreprise augmente et plus l'accès à la complémentaire santé se généralise...

43 % des établissements enquêtés, soit un peu plus de deux sur cinq, proposent une complémentaire santé à tous ou à une partie de leurs salariés. Néanmoins, la probabilité pour un salarié de se voir proposer une complémentaire santé par son établis-

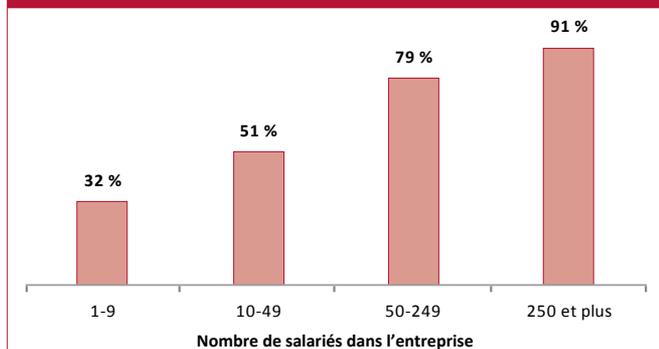
sement dépend beaucoup des caractéristiques de l'entreprise à laquelle l'établissement appartient.

Le critère qui influence principalement l'offre de complémentaire santé est la taille de l'entreprise dans laquelle travaille le salarié (graphique 1), bien plus que la taille de l'établissement. Si, globalement, 43 % des établissements proposent une complémentaire santé à leurs salariés, ce n'est le cas que de 32 % des très petites entreprises (TPE de moins de 10 salariés). Ce taux augmente très régulièrement avec la taille de l'entre-

* Auteur référent : rochereau@irdes.fr

G1

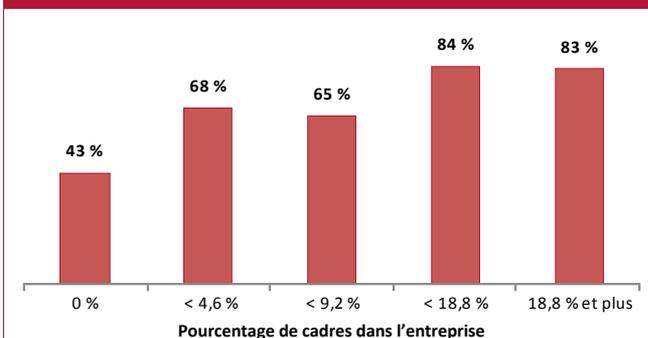
Taux d'établissements proposant une complémentaire santé collective, selon la taille de l'entreprise



Données : enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2009.

G2

Taux d'établissements proposant une complémentaire santé collective, selon la proportion de cadres dans l'entreprise



Données : enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2009.
Champ : établissements enquêtés, hors très petites entreprises.

prise: 51 % pour les entreprises de 10 à 49 salariés, 79 % pour celles de 50 à 249 salariés, 91 % pour celles de 250 salariés et plus.

La taille de l'entreprise est donc, et ce malgré la montée en charge des accords de branche ces dernières années, le principal facteur de disparité entre salariés dans l'ac-

cès à la complémentaire santé collective, les deux tiers des TPE ne proposant pas ce dispositif à leurs salariés.

L'offre de complémentaire santé dépend également du secteur d'activité de l'entreprise: 55 % des établissements de l'industrie proposent un contrat de complémentaire santé à leurs salariés, contre

45 % dans le secteur de la construction et 42 % dans le secteur des services. De plus, au sein des grandes entreprises, les établissements qui ne proposent pas de complémentaire santé (9 %) appartiennent presque exclusivement au secteur des services.

... en faveur des cadres

Excepté les TPE¹, cette offre est aussi liée à la composition socioprofessionnelle des entreprises. En effet, dans celles employant plus de cadres, les établissements proposent plus fréquemment une complémentaire santé² (graphique 2). Ainsi, parmi les entreprises de 10 salariés et plus, 43 % des établissements dont l'entreprise n'emploie pas de cadres proposent une complémentaire santé, alors qu'ils sont près de 85 % quand elle en emploie plus de 9 %. Par ailleurs, parmi les 16 % d'établissements qui excluent certaines catégories de salariés de la complémentaire santé, les trois quarts excluent les non-cadres, le quart restant excluant les contrats à durée déterminée (CDD) ou les salariés avec moins d'un an d'ancienneté. Ce résultat avait déjà été mis en évidence dans l'enquête réalisée en 2003 (Couffinhall *et al.*, 2004).

Encadré 1

La loi Fillon sur la prévoyance et les mutuelles d'entreprise

Avant la loi Fillon, les employeurs et les salariés bénéficiaient d'exonérations fiscales et sociales sur leurs cotisations respectives quel que soit le type de contrat de complémentaire santé collective souscrit.

La loi Fillon du 21 août 2003 a modifié ces conditions d'exonérations fiscales et sociales. Cependant, elle n'instaure pas de pénalités particulières pour les établissements qui ne proposent pas ce type de couverture à leurs salariés. Afin de permettre aux entreprises de procéder à la mise en conformité de tous leurs régimes, la loi a prévu une période transitoire qui prenait fin le 31 décembre 2008. Au-delà de cette date, tous les contrats doivent respecter la nouvelle réglementation pour continuer à bénéficier des exonérations afférentes. Les principales contraintes imposées par la loi Fillon sont le caractère obligatoire et « responsable » du contrat pour l'ensemble des catégories de salariés concernées.

Dans le détail, les contraintes sont les suivantes :

1. Le régime de prévoyance doit être complémentaire à la Sécurité sociale. Les prestations de prévoyance complémentaire sont versées en complément des régimes de base de la Sécurité sociale couvrant les risques maladie, maternité, invalidité, décès, accident du travail et maladie professionnelle. Le risque dépendance est en outre assimilé à de la prévoyance.
2. Le régime de prévoyance doit être mis en place par convention ou accord collectif; par

référendum ratifié à la majorité du personnel; par décision unilatérale de l'employeur (DUE) constatée dans un écrit à chaque intéressé.

3. La contribution patronale ne doit pas se substituer à un autre élément de rémunération en tout ou partie supprimé dans l'entreprise depuis moins de douze mois.

4. Les prestations doivent être versées par un organisme habilité: institutions de prévoyance, mutuelles, entreprises d'assurance.

5. Le régime doit avoir un caractère collectif, il doit bénéficier de façon générale et impersonnelle à l'ensemble du personnel salarié ou à certaines catégories objectives de personnels. La participation de l'employeur doit correspondre à un taux de cotisation ou à un montant uniforme selon les mêmes modalités à l'égard de tous les salariés concernés.

6. Le régime doit avoir un caractère obligatoire.

7. Le contrat de frais de santé doit être « responsable »: interdiction de prise en charge des différentes franchises et des dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins; application des pénalités prévues en cas de non-respect du parcours de soins; prise en charge au minimum des tickets modérateurs (30 % de la base de remboursement des consultations et visites et de la pharmacie à vignette blanche, 35 % de la base de remboursement des analyses médicales...).

¹ Le faible nombre de salariés dans les TPE ne permet pas d'établir une structure socioprofessionnelle pertinente.

² Bien que cela reste à confirmer, une première analyse multi-variée montre que ce résultat persiste toutes choses égales par ailleurs et, en particulier, en contrôlant de la taille d'entreprise. Il s'agirait donc d'un effet propre de la proportion de cadres.

Encadré 2 Niveaux de garanties des contrats

Dans le questionnaire proposé aux établissements, la personne enquêtée doit renseigner, pour les différents contrats de complémentaire santé proposés dans l'établissement, les niveaux de garanties pour l'optique et le dentaire. Les résumés et libellés de garanties des contrats ont été récupérés quand cela était possible.

Après avoir uniformisé et chiffré les niveaux de garanties selon une méthode décrite dans Couffinhal A., Perronnin M., (2004) *Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement. Enquête ESPS 2000-2002. Rapport Irdes n° 1521, p. 28 et suivantes.* Une classification ascendante hiérarchique a été réalisée regroupant les contrats en quatre classes selon les niveaux de garanties qu'ils proposent.

Classe 1 : Les contrats à faibles garanties en optique et en dentaire (25 % des établissements).

Classe 2 : Les contrats à garanties moyennes en optique et en dentaire (20 % des établissements).

Classe 3 : Les contrats à garanties élevées en dentaire (26 % des établissements).

Classe 4 : Les contrats à garanties élevées en optique et en dentaire (26 % des établissements).

Classe 0 : Les contrats non classés (8 % des établissements).

Un accès et des niveaux de garantie en faveur des cadres des grandes entreprises

Si les salariés des grandes entreprises et les cadres accèdent plus fréquemment que les autres à la complémentaire santé d'entreprise, ils se voient également proposer des garanties supérieures à celles des autres salariés (encadré 2). Ainsi, les établissements des très grandes entreprises (250 salariés et plus) proposent à 66 % des contrats à garanties élevées (46 % de classe 3 et 20 % de classe 4) et seulement à 18 % des contrats de classe 1, contre respectivement 39 et 33 % dans les TPE (moins de 10 salariés).

Les entreprises employant de fortes proportions de cadres proposent des niveaux de garanties en moyenne plus élevés (graphique 3). Les établissements appartenant à des entreprises sans cadres sont ainsi 17 % à proposer des contrats de classe 4

aux garanties les plus élevées (encadré 2). Ils sont 25 % dans les entreprises du quintile supérieur (moins de 4,6 % de cadres) puis 27 % dans les troisième et quatrième quintiles, et 33 % dans le cinquième.

Le paysage de la complémentaire santé collective en France modifié par la loi Fillon

En 2009, 85 % des établissements ne proposent qu'un contrat à leurs salariés, 14 % en proposent deux et 1 % trois. Un tiers des contrats date de deux ans maximum, 11 % de moins de douze mois. 15 % des établissements déclarent avoir modifié un contrat facultatif en un contrat obligatoire pour continuer à bénéficier des déductions fiscales. Ainsi, en 2009, les trois quarts des établissements ne proposent que des contrats obligatoires à leurs salariés et peuvent donc prétendre à ce titre aux exonérations fiscales

et sociales. Encore 15 % des établissements proposent exclusivement un contrat facultatif et 6 % une offre mixte. Ils étaient respectivement 36 % et 5 % en 2003. On aurait pu s'attendre à une réduction plus importante de la proportion de contrats facultatifs, mais il est possible que de nombreux établissements n'aient pas encore eu le temps de s'adapter et le

REPÈRES

En 2003, l'Irdes a réalisé une première enquête nationale sur la Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) afin d'apporter un éclairage sur un marché alors peu connu. L'offre de protection sociale complémentaire était très liée à certaines caractéristiques des établissements, en particulier la taille des entreprises et leur composition socioprofessionnelle. Ainsi, les établissements appartenant à de très grandes entreprises proposaient quasiment tous une complémentaire santé à leurs salariés alors que seulement 20 % des très petites entreprises (TPE) le faisaient. Les cadres avaient une probabilité plus importante de se voir proposer une complémentaire santé collective que les non-cadres : respectivement 80 % pour les cadres, 70 % pour les ouvriers et 60 % pour les employés.

En 2009, l'Irdes a réitéré cette enquête avec un volet supplémentaire s'adressant aux salariés. Il s'agit de refaire le point de la protection sociale complémentaire d'entreprise après l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2009 de la loi Fillon du 21 août 2003.

L'enquête PSCE complète les données issues de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) menée tous les deux ans en population générale en France.

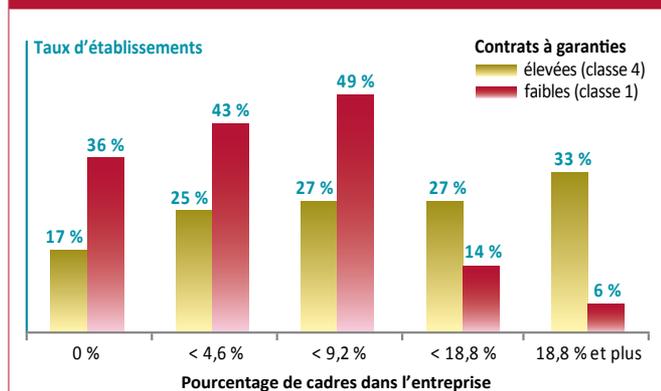
fassent après 2009 quand ils auront mesuré la perte des déductions fiscales.

Dans 73 % des établissements, la décision de proposer une complémentaire santé collective a été prise au niveau de l'établissement ou de l'entreprise. Dans 14 % des établissements, l'offre d'une complémentaire santé est imposée par une convention collective et, dans 6 %, par un accord de branche. Dans 4 % des établissements qui proposent plusieurs contrats à leurs salariés, le mode de proposition diffère selon le contrat. Enfin, 4 % des établissements n'ont pas su répondre à cette question.

En moyenne, 57 % du coût des contrats financés par les employeurs et une participation des salariés le plus souvent forfaitaire

Les établissements participent en moyenne à hauteur de 57 % au financement de la couverture complémentaire santé de leurs salariés, mais cette participation est très variable selon les établissements : 16 % des établissements financent à 100 %, 32 % plus de la moitié, 31 % exactement la moi-

G3 Taux d'établissements proposant des contrats à garanties élevées ou faibles, selon la proportion de cadres dans l'entreprise



Données : enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2009.

Champ : établissements enquêtés, à l'exception des très petites entreprises. Certains établissements proposant plusieurs contrats peuvent être comptabilisés à la fois dans la classe 4 et dans la classe 1.

MÉTHODE

MÉTHODE D'ENQUÊTE

Champ de l'enquête. Les établissements employant au moins un salarié, hors administration et hors secteur agricole.

Unité enquêtée. L'établissement et non l'entreprise, l'établissement étant l'unité de décision la plus petite en matière de complémentaire santé.

Base de sondage. Le répertoire du Système d'identification du répertoire des entreprises et de leurs établissements (Sirene) pour les établissements et les Données annuelles de déclarations sociales (DADS) pour les salariés.

Mode de tirage. Pour les établissements, nous avons réalisé un tirage aléatoire stratifié par secteur d'activité de l'entreprise, taille de l'entreprise et taille de l'établissement. Pour le volet « salariés », qui n'est pas encore exploité, il s'est agi d'un tirage aléatoire dans les établissements participant à l'enquête de plus de 20 salariés pour les établissements de plus de 20 salariés et de l'ensemble des salariés pour les établissements de 20 salariés et moins.

Mode d'enquête. L'enquête est réalisée par l'institut de sondage Ipsos par un entretien téléphonique (questionnaire Cati) précédé de l'envoi d'un courrier. Le questionnaire Cati est complété par l'envoi d'un fax du résumé de garanties par contrat pour les établissements qui l'acceptent.

Calendrier. Le terrain de l'enquête s'est étalé sur l'année 2009.

Effectif de l'enquête auprès des établissements. Près de 4 000 adresses de tous secteurs hors administration publique et secteur agricole ont été contactées. Nous disposons de 1 784 interviews réalisées et d'environ 455 fax de résumés de garanties.

OUTILS STATISTIQUES

Redressement. Les données ont été redressées de la non-réponse à l'enquête à partir de logits réalisés sur les informations contenues dans les DADS disponibles pour tout l'échantillon (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, niveau de salaire, type de contrat de travail... des salariés, taille, secteur d'activité, CA, localisation de l'établissement ou de l'entreprise).

Extrapolation. Les données recueillies ont été extrapolées au niveau national par une post-stratification par taille d'entreprise, taille d'établissement et secteur d'activité.

Comparaison avec l'enquête PSCE 2003. Les enquêtes PSCE 2003 et 2009 ont été réalisées avec des méthodologies très différentes (cf. Couffinhal, Grandfils, Grignon, Rochereau, 2004). En particulier, un questionnaire complémentaire en 2009, nous a permis, contrairement à 2003, de traiter le lien mis en évidence entre la participation à l'enquête et la probabilité pour un établissement de proposer une complémentaire santé collective à ses salariés. La comparaison des chiffres entre les deux enquêtes est donc possible, mais il faut l'utiliser avec beaucoup de précaution. La plupart des résultats présentés ici sont cohérents avec ceux publiés en 2003, à l'exception de ceux sur les secteurs d'activité, sans que nous ayons d'explications concluantes pour le moment.

tié, 14 % moins de la moitié et 8 % ne la financent pas du tout.

Dans 85 % des établissements dont les salariés participent au financement de la complémentaire santé collective, celui-ci est forfaitaire. Cette participation est par ailleurs proportionnelle au salaire dans plus de 10 % des établissements et mixte ou différente selon les catégories socioprofessionnelles dans 5 % des établissements.

Réactions diverses des établissements confrontés à la forte hausse du coût de la complémentaire santé collective

À la question : « La dernière fois qu'un assureur vous a annoncé une hausse du coût de la complémentaire santé d'entreprise supérieure à 10 %, que s'est-il passé ? », 81 % des établissements ont répondu que ça n'était jamais arrivé, en tout cas pas récemment. Sur ces 19 %

d'établissements concernés, 4 % ont répondu que cela s'était traduit par un changement de contrat. Par ailleurs, 5 % des établissements ont déclaré que la hausse avait été répartie entre l'employeur et les salariés, 5 % qu'elle a été supportée essentiellement ou totalement par les salariés et 2 % par l'employeur. Pour les autres, cela s'est traduit le plus souvent par une baisse des garanties.

Pourquoi 57 % des établissements ne proposent-ils pas de complémentaire santé à leurs salariés ?

Parmi les établissements qui ne proposent pas de complémentaire santé à leurs salariés, 28 % disent que la question n'a jamais été évoquée dans l'entreprise. Pour les autres, le motif principal de refus est le coût des contrats ou la taille trop petite de la structure pour 27 % des établissements ; 18 % disent qu'il y a une opposition des salariés et 13 % une opposition de l'employeur.

* * *

Deux établissements sur cinq proposant une complémentaire santé, les salariés n'ont pas tous les mêmes opportunités d'accès à cette protection sociale collective. Leur chance d'en bénéficier varie principalement selon qu'ils travaillent dans une grande ou dans une petite entreprise, les salariés des grandes entreprises étant favorisés. Cette disparité d'accès est renforcée par des niveaux de garanties différents : les établissements appartenant à des grandes entreprises, ceux qui emploient plus de cadres, proposent en moyenne des niveaux de garanties plus élevés.

Ces premiers résultats de l'enquête PSCE 2009, établis à partir du volet « établissements » vont donner lieu à un rapport plus complet. Ils seront complétés par ceux du volet « salariés » qui permet de travailler sur des axes de recherche peu développés jusqu'à présent en France : par exemple, des effets de substitution entre le salaire et la complémentaire santé d'entreprise. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Couffinhal A., Grandfils N., Grignon M., Rochereau T. (2004). « Enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise en France ». Rapport Irdes n° 1540, septembre.
- Couffinhal A., Perronnin M. (2004). « Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement. Enquête ESPS 2000-2002 ». Rapport Irdes n° 1521, avril.
- Loones A. (2009). « Garanties et services : les attentes des salariés et des employeurs. Synthèse des résultats de la 8^e vague d'enquête. ». Crédoc/CTIP, mai. Rapport en ligne sur le site du CTIP (www.ctip.asso.fr).